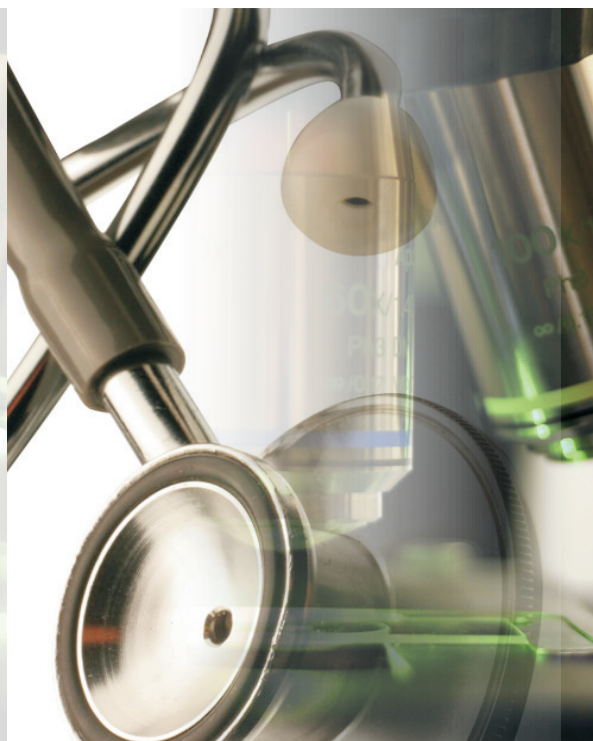




www.fcts.ulusofona.pt

Programa de Formação Pós-graduada / Master

Grupo Lusófona | Construir Futuro



Horário
Pós-Laboral

Atendimento
09.00h - 19.00h

Contactos
António Costa
Faculdade de Ciências e
Tecnologias da Saúde
Universidade Lusófona
Tel: +351 217 515 577
Fax: +351 217 515 598
www.fcts.ulusofona.pt

Tecnologias da Saúde e Dispositivos Médicos

2010



Faculdade
de Ciências e Tecnologias
da Saúde
Universidade Lusófona



Associação Lusófona
para o Desenvolvimento
do Ensino e Investigação
em Ciências da Saúde



UNIVERSIDADE LUSÓFONA
de Humanidades e Tecnologias
Humani nihil alienum

www.fcts.ulusofona.pt



Seguimento Pós Terapêutico do Doente Oncológico - Cuidados Partilhados -

Post-therapeutic Follow-up of the Oncologic Patient – Shared Care –

Maria João Queiroz

Centro de Saúde da Venda Nova, Rua João de Deus, nº 2 2700-488 Venda Nova - Portugal e Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Campo dos Mártires da Pátria, nº 130, 1169-056 Lisboa - Portugal
E-mail: mjqueiroz@fcm.unl.pt

Resumo

É crescente o número de doentes oncológicos que obtém cura clínica, o que determina a necessidade de gerir recursos médicos escassos nos centros de especialidade, aonde a maioria é seguida em follow-up. A transferência da prestação de parte destes cuidados para o âmbito dos cuidados de saúde primários tem motivado acesa discussão, algumas tentativas foram implementadas, mas mantém-se a ausência de consensos.

Incentivar a sua partilha, melhorando por um lado, a referenciação e, pelo outro, a medicina de proximidade, implica rever os objectivos do seguimento pós terapêutico, analisar os problemas deles decorrentes, propondo as medidas julgadas mais adequadas para lhe fazer face.

Palavras chave: Seguimento; Oncologia; Cuidados Saúde Primários.

Abstract The number of oncologic sick people who get clinical cure is increasing, which determines the need of managing the few medical resources existing in the specialty centres, where the majority is accompanied in a follow-up process. The transfer of the provision of services of these care in the scope of the primary health care has been motivating a fierce debate; there have been implemented some tries, but there is still the lack of consensus.

To stimulate its share, improving, on the one hand, the referentiation and, on the other hand, the medicine of proximity, implies the revision of the post-therapeutic follow-up aims, the analysis of the problem coming from these, proposing the measures taken as the most suitable to face this follow-up.

Key words: Follow-up; oncology; Primary Health Care.

Recebido em 02/02/2010

Aceite em 18/03/2010

Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2010; (7) 1: 57-75

Versão electrónica: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasauade>

Introdução

Há um número crescente de doentes oncológicos em contolo pós terapêutico devido à convergência de esforços para a melhoria das práticas nesta área, expressa nomeadamente no diagnóstico precoce e no tratamento mais eficaz, com consequente aumento da sobrevida dos doentes com cancro e prolongamento do intervalo livre de doença^[1]. Nos EUA mais de 50% dos doentes oncológicos obtêm cura clínica. A sobrevivência dos doentes conduz a uma maior afectação de recursos, nomeadamente a nível hospitalar, onde a grande maioria é seguida. Alguns estudos revelam que o número de novos doentes por ano vistos nas consultas de oncologia é a minoria, sendo nalguns casos apenas 10% do total^[2]. Este facto acaba por conduzir ao problema da deslocação de recursos especializados e escassos que deveriam estar envolvidos preferencialmente em actividades ligadas à confirmação diagnóstica e ao tratamento. No sentido de rentabilizar estes recursos tem havido tentativas para transferir a prestação de cuidados do hospital para a comunidade, nalgumas situações clínicas^[3]. Estes esforços nem sempre têm tido grande êxito devido à indefinição do papel do médico de Medicina Geral e Familiar nesta fase da doença, à multiplicidade de médicos prestadores hospitalares, à falta de comunicação interpares e à falta de preparação em oncologia dos médicos de Medicina Geral e Familiar.^[4,5] Enquanto a definição de papéis noutras fases da prestação de cuidados é mais clara (prevenção, diagnóstico precoce e cuidados paliativos para os Cuidados de Saúde Primários, diagnóstico e terapêutica para Cuidados de Saúde Secundários), a fase de remissão tem sido negligenciada.

Esta fase é difícil também para os doentes e para a família, facto que se prende sobretudo com as sequelas do tratamento, a incerteza e a ansiedade face à eminência de recorrência assim como as questões ligadas ao prognóstico e à morte. Estes aspectos levam os doentes a ter uma grande dependência dos centros de tratamento, perdendo o contacto com o médico de família durante longos períodos, o que também não é desencorajado pelos oncologistas, que não valorizam o papel do médico de Medicina Geral e Familiar como suporte, limitando assim o seu envolvimento e participação no seguimento pós terapêutico. Um estudo canadiano concluiu que só cerca de 17% dos médicos de família colaboraram no seguimento pós terapêutico do cancro da mama em estágio I^[6]. Ainda neste estudo a maioria dos médicos inquiridos sentiu-se capaz de desempenhar este papel, embora reconheça que os oncologistas têm mais aptidão para lidar com os efeitos secundários e os novos sintomas. Foi ainda no Canadá que em Julho de 2009 um hospital oncológico no Ontário abriu uma vaga para um médico de Clínica

Introduction

There is an increasing number of oncologic patients under post-therapeutic control due to the convergence of efforts to improve the practices in this area, expressed namely in the early diagnosis and in a more efficient treatment, with a consequent augmentation of the cancer patient's life and the extension of the sickness free break^[1]. In the US, more than 50% of the oncologic patients get clinical cure. The patient's survival leads to a more affecting of the resources, namely in the hospital level, where the majority is followed. Some studies show that the number of new patients per year seen in the oncology doctor's appointments is the minority, being in some cases of only 10% of the total^[2]. This fact ends up in leading to the problem of the moving of the few and specialised resources that should be involved preferably in activities connected to the diagnostic confirmation and to the treatment. In order to profit these resources to the full, there has been tries to transfer the hospital care provision to the community in some clinical situations^[3]. Not always these efforts have been successful, due to the lack of definition of the role of the General and Family Medicine Practitioner in this phase of the sickness, to the multiplicity of hospital doctors, to the lack of communication between pairs and to the lack of preparation in oncology of the General and Family Medicine Practitioners.^[4,5] Whereas the roles definition in other phases of care provision is clearer (prevention, early diagnosis and palliative care to the Primary Health Care, diagnosis and therapy to the Secondary Health Care), the remission phase as been neglected.

This phase is also difficult to the patients and to the family, a fact that is mainly related to the consequences of the treatment, the uncertainty and the anxiety before the eminence of recurrence, as well as the issues connected with the prognosis and death. These aspects take the patients to have a big dependence of the treatment centres, losing the contact with the family doctor during long periods of time, which is not discouraged by the oncologists either, who do not value the role of the General and Family Medicine Practitioner as a support, therefore limiting their involvement and participation in the post-therapeutic follow-up. A Canadian study concluded that around only 17% of the family doctors have collaborated in the post-therapeutic follow-up concerning breast cancer in stage I^[6]. Still in this study, the majority of the doctors inquired has considered themselves capable of performing this role, although they recognise that the oncologists are more skilled to deal with the secondary effects and the new symptoms. It has also been in Canada, in July 2009, that an oncologic hospital in Ontario has opened a vacancy to a GP so that s/he could

Geral integrar a equipa de cuidados oncológicos para doentes em *follow-up*^[7]. É indiscutível no entanto, que algumas neoplasias precisam de ser avaliadas por médicos experientes, para detectar sinais precoces subtis de recidiva, em que a precocidade assegura maiores potencialidades de cura.^[8,9]

Melhorar a partilha de cuidados passa por rever os objectivos que suportam o seguimento pós-terapêutico e equacionar os problemas que mais frequentemente determina, avançando as soluções julgadas mais adequadas para lhes fazer face.

Princípios e Objectivos

A doença oncológica agride física (desde as alterações orgânicas até à ameaça de morte, na ausência de tratamento eficaz), psicológica (perturbações que podem dominar o quadro e podem por exemplo explicar a vinda de um doente oncológico ao médico para mostrar um sinal que tem desde sempre e que nunca o incomodou) e socialmente (a desinserção social, pelo menos temporária, aliada aos preconceitos de grande parte dos que rodeiam o doente, de doença maldita, “que não perdoa”). O tratamento agride não só por ser responsável por uma iatrogenia importante mas também pelo facto de não poder garantir a cura. A terminologia usada em Oncologia não fala de cura mas antes de remissão, o que pressupõe que o potencial evolutivo nunca pode ser extinto. Gerir este pressuposto é difícil para todos os intervenientes neste processo e justifica a necessidade de um seguimento pós terapêutico, onde o envolvimento de todos é indispensável.

Segundo Hoerni^[10] alguns **princípios** orientadores devem suportar os diferentes protocolos desenhados para avaliação do doente, nesta fase da doença:

- *Abordagem clínica* – é o princípio primordial do controlo pós terapêutico e tem a finalidade de evidenciar um sintoma ou sinal reveladores, que de forma directa ou indirecta traduzam progressão da doença ou complicação iatrogénica. O medo da recidiva pode ampliar todas as queixas, apresentando-se o sintoma carregado de um valor simbólico que modifica o seu significado, por vezes difícil de interpretar. A evolução satisfatória de cada episódio de consulta diminui a dúvida sempre presente no espírito do doente e também no do médico. Nesta avaliação deve ser tido em conta o diagnóstico psicossocial e, para conservar o máximo de objectividade sobretudo em situações mais difíceis, há que ter em conta alguns elementos, como sejam: os antecedentes do doente; os antecedentes da doença oncológica em si; a ideia que o doente tem do seu estado de saúde global e do papel que o cancro joga em particular; o seu grau de robustez ou fragilidade psicológica em geral, e face ao cancro, em particular; a atitude da família e do seu contexto social

make part of the oncologic care team regarding patients in follow-up^[7]. However, there is no doubt that some cancers need to be assessed by experienced doctors in order to detect early and subtle signs of recurrence, in which the earliness secures bigger potentialities of cure.^[8,9]

To improve the care share there is the need to review the aims that support the post-therapeutic follow-up and think of the problems that more frequently it determines, advancing with the solutions taken as the most suitable to face this follow-up.

Principles and Aims

The oncologic disease affects physically (starting with the organic alterations till the death threat in the case of inefficient treatment), psychologically (problems that can dominate the situation and that can, for example, explain the visit of a patient to the doctor's in order to show a spot that s/he has always have and with which s/he has never cared about) and socially (the separation from the society, at least temporary, linked to the prejudice from the great majority of the people who surround the patient, calling the problem cursed disease, “that is implacable”). The treatment affects not only because it is responsible for an important iatrogeny, but also due to the fact that it does not guarantee the cure. The terminology used in Oncology does not talk about cure; instead it talks about remission, which assumes that the evolution potential can never be extinguished. To manage this assumption is hard for all the people intervening in this process and it justifies the need for a post-therapeutic follow-up, where the involvement of everyone is indispensable.

According to Hoerni^[10], some guiding **principles** shall support the different protocols designed to the patient's assessment in this phase of the disease:

- *Clinical approach* – it is the primordial principle of post-therapeutic control and aims to highlight a revealing symptom or sign, which in a direct or indirect way, translate the disease's progression or the iatrogenic complication. The fear of the recurrence can augment all the complaints, the symptom showing itself charged of a symbolic value that modifies its meaning, being sometimes difficult to interpret. The satisfactory evolution of each appointment's episode diminishes the doubt that is always present in the patient's soul, and also in the doctor's. In this assessment, it has to be taken into consideration the psycho-social diagnosis and, in order to keep the maximum objectivity, specially in the most difficult situations, there is the need to bear in mind some elements, such as: the patient's record; the record of the oncologic disease *per se*; the idea that the patient has about their global health status and the role that the cancer plays in particular; their strength or fragility

face ao cancro; as consequências socioprofissionais a que a doença conduziu.

- A vigilância deve ser fundamentada pelo *contexto fisiopatológico* da doença: neoplasias em estádios diferentes ou de diferente prognóstico poderão determinar protocolos de seguimento distintos, dada a previsibilidade de alguns acontecimentos a que cada doente poderá estar exposto.

- É fundamental fazer a *avaliação global* do doente. Cerca de metade dos doentes oncológicos tem mais de 65 anos, o que significa uma grande probabilidade de sofrer de polipatologia. O cancro não deverá monopolizar o plano de cuidados, podendo correr-se o risco de lhe imputar a responsabilidade de qualquer sintoma futuro, ou pelo contrário, atribuir a outra causa um sintoma originado pelo tumor, recusando o insucesso terapêutico.

- Um aspecto não menos importante que deve ser tido em conta é o *benefício* que advém do seguimento pós terapêutico. É preciso pesar o ganho em qualidade de vida e em sobrevivência em contraponto com as perdas e os efeitos indesejáveis, em gastos supérfluos, em exames complementares excessivos, que apenas iludem o médico e o doente. Apesar das recidivas ocorrerem quase sempre no intervalo das consultas, não é exequível diminuir o seu espaçamento, dado o risco de aumento de custos sem benefícios adicionais. A periodicidade desta avaliação é um pouco teórica, dependente de vários factores, entre os quais a frequência das recidivas, mais frequentes nos primeiros dois anos após tratamento, a agressividade do tumor, o tempo de recuperação das reacções iatrogénicas e a readaptação do doente. Para a maioria dos tumores malignos, as consultas têm uma periodicidade trimestral ou semestral nos primeiros dois anos, passando a semestral ou anual, até aos cinco anos, mantendo-se anual a partir de então.

- A *acessibilidade* é um princípio conceptual inerente aos Cuidados de Saúde Primários, não devendo ser entendida exclusivamente no seu aspecto geográfico, mas também seguindo os critérios de equidade e justiça social, onde todas as camadas sociais deverão ter acesso. Para melhorar a acessibilidade é necessário implementar a qualidade organizativa, funcional e científica da actual assistência médica do ambulatório, onde o médico da Medicina Geral e Familiar joga o principal papel na assistência ao doente oncológico.

Entre os **objectivos** do seguimento pós terapêutico sistemático em oncologia contam-se: a detecção precoce de recidivas locais, de metástases à distância

degree or the psychological fragility in general and regarding the cancer in particular; the family attitude and their social context concerning the cancer; the socio-professional consequences that have been brought up by the disease.

- The supervision shall be supported by the *physic-pathologic* context of the disease: cancers in different stages or of difference prognosis can determine protocols of a distinct follow-up, taken the predictability of some events to which each patient can be exposed.

- It is fundamental to undertake the *global assessment* of the patient. About half of the oncologic patients are over 65, which means a big probability of suffering from polypathology. The cancer shall not monopolise the care plan, because it can result in the imputation of the responsibility of any future symptom, or, on the contrary, to impute to another cause a symptom originated by the tumour, refusing the therapeutic failure.

- An aspect that is not less important and that has to be taken into consideration is the benefit that comes from the post-therapeutic follow-up. It is necessary to balance the gain in quality of life and in survival, opposing the losses and the undesirable effects, in superfluous expenses, in excessive complementing exams, that only elude the doctor and the patient. Although the recurrences occur almost always in the breaks between the appointments, it is not feasible to diminish their spacing, due to the risk of augmenting the costs without additional benefits. The frequency of this assessment is a bit theoretic, depending on several factors, such as the frequency of the recurrences, more frequent in the first two years after the treatment, the aggressiveness of the tumour, the recovering time of the iatrogenic reactions and the patient's re-adaptation. For the majority of the malign tumours the appointments have a quarterly or bi-annual frequency in the first two years, becoming bi-annual or annual until five years have passed, and finally becoming annual after that.

- The accessibility is a conceptual principle inherent to the Primary Health Care, and shall not be understood exclusively in its geographical aspect, but also following the equity and social justice criteria, where all the social layers shall have access. In order to improve the accessibility, it is necessary to implement the organisational, functional and scientific quality of the current ambulatory medical assistance, where the General and Family Medicine Practitioner plays the main role in the oncologic patient assistance.

ou de um segundo cancro primário; detecção de efeitos iatrogénicos; reabilitação e suporte; apoio à família, melhorar o conhecimento da história natural da doença e avaliar a intervenção terapêutica.

Detecção de recidivas locais, de metástases ou de um segundo cancro primário

Assegurar a remissão da doença implica identificar uma recidiva curável, preferivelmente antes da sua emergência clínica. Estas recidivas podem surgir após terapêutica conservadora, como no caso do tratamento conservador do cancro da mama, entre outros, em que a amputação total poderá ser curativa. As recidivas locais podem também aparecer no território operado ou irradiado, após tratamento radical. As cicatrizes de mastectomia, a cúpula vaginal após histerectomia total, a anastomose cólica, entre outras, são alguns desses locais e em que a intervenção terapêutica curativa poderá ser eficaz.

O rastreio de uma segunda neoplasia justifica-se pelo aumento da susceptibilidade do indivíduo – predisposição genética ou imunodeficiência –, pelo efeito de factores de risco comuns a vários tumores ou ainda pela iatrogenia de terapêuticas antitumorais anteriores.

As segundas neoplasias são mais frequentes nos órgãos pares, sobretudo na mama. O cancro da mama contralateral constitui 50% de todas as segundas neoplasias e cerca de 20% das mulheres com cancro da mama terão cancro contralateral ao longo da vida. Graças no entanto ao seguimento pós terapêutico, cerca de 58% a 74% serão diagnosticados no estágio I, segundo DeVita.

A existência de uma neoplasia dependente de um factor de risco comum a outras localizações neoplásicas obriga a vigilância mais atenta dos terrenos em risco. Num fumador com neoplasia da laringe, devem ser vigiados todos os órgãos que possam ser sede de um tumor tabaco-dependente. Pertencem também a este grupo as neoplasias da boca e do esófago em doentes com perfil de consumo etílico/ tabágico, ou os cancros da pele, em que a exposição solar foi a determinante causal.

A metodologia seguida para satisfazer este objectivo implica o exame clínico, eventualmente complementado por exames laboratoriais e/ou imagiológicos. O exame clínico deve ser feito de forma cuidada, orientando o interrogatório para a pesquisa de sintomas e sinais, tendo em conta a localização e o tropismo da neoplasia. Deve ser dada especial atenção às recidivas locais e ganglionares. A maioria das localizações anatómicas é acessível à observação clínica directa, como sejam a cabeça e pescoço, a cavidade oral, as áreas ganglionares superficiais, a pele, a mama e os genitais. Deve ser feita uma avaliação do

Among the **aims** of the oncology systematic post-therapeutic follow-up, there can be found: the early detection of local recurrences, of metastasis at distance or of a second primary cancer; detection of iatrogenic effects; rehabilitation and support; family support, improving the knowledge of the disease's natural story and assessing the therapeutic intervention.

Detection of local recurrences, of metastasis or of a second primary cancer

To guarantee the remission of the disease implies the identification of a curable recurrence, preferably before its clinic emergency. These recurrences can appear after a conservative therapeutic, as in the case of a conservative breast cancer treatment, among others, in which the total amputation can be curative. The local recurrences can also appear in the area subject to surgery or irradiated area, after radical treatment. The mastectomy scars, the vaginal empty space after total hysterectomy, the colic anastomosis, are some of those places in which the curative therapeutic intervention can be efficient.

The tracking of a second cancer is justified by the augment of the person's susceptibility – genetic predisposition or immunodeficiency – by the effect of risk factors common to several tumours or even by the iatrogeny of former anti-tumour therapies.

The second cancers are more frequent in the double organs, mainly in the breast. The contra-lateral breast cancer forms 50% of all the second cancers and about 20% of the women with breast cancer will have contra-lateral cancer throughout their lives. However, due to the post-therapeutic follow-up, from around 58% to 74% will be diagnosed in stage I, according to DeVita.

The existence of a cancer dependant of a risk factor common to other cancer localisations obliges to a more attentive surveillance of the risk places. In a smoker with larynx cancer, all the organs that can be the home of a cigarette-dependant tumour must be controlled. The mouth and oesophagus cancers in patients with a profile of alcohol/cigarette consume also belong to this group, or the skin cancers, in which the solar exposure has been the main cause.

The methodology followed to satisfy this aim implies the clinic exam, that might be complemented by laboratorial and/or imageological exams. The clinical exam must be done carefully, orienting the inquiry towards the search of symptoms and signs, and bearing in mind the cancer localisation and tropism. It should be given a special attention to the local and glandular recurrences. The majority of the anatomic localisations are accessible to the direct clinical observation, such as the head and neck, the oral cavity, the superficial glandular areas, the skin, the breast and the genitals. An assessment should be undertaken of the general status

estado geral em que o peso deve ser tido em conta. O doente deve ser informado sobre os sinais de alerta, assim como estimulado a participar na sua própria vigilância, sendo ensinado a praticar o auto-exame de algumas áreas anatómicas, como sejam a mama, o testículo, a boca e a pele.

Os exames complementares de diagnóstico devem ser pedidos de forma racional e coerente, tendo em conta alguns princípios: o resultado deve ser fiável e esclarecedor, deve acrescentar informação à clínica, como é o exemplo da mamografia no diagnóstico mais sensível e específico de lesões infra clínicas da mama. O exame a pedir deve ter impacto na terapêutica e no prognóstico do doente – o aumento do marcador tumoral CA 15.3 no cancro da mama pode antecipar entre 6 a 9 meses o diagnóstico clínico de metástase, mas este conhecimento não determina nenhuma atitude terapêutica, pelo que o seu pedido acaba por ser inconsequente. A pesquisa de metástases na ausência de sintomas não beneficia o doente, dado o seu tratamento pré sintomático não alterar o prognóstico.^[11,12]

Este primeiro objectivo é sem dúvida a pedra de toque do seguimento pós terapêutico e tem determinado a criação de múltiplos protocolos de seguimento, ajustados sucessivamente aos recursos, ao desenvolvimento científico e também à experiência de quem os utiliza. Têm suscitado grande controvérsia e desencadeado o desenho de estudos retrospectivos e prospectivos de grandes dimensões que comparam resultados da vigilância intensiva através de meios clínicos, biológicos e imagiológicos com a simples vigilância clínica.^[13,14,15,16,17,18] Estas conclusões aplicam-se a grande número de tumores com diferentes localizações.

O exemplo das controvérsias ligadas aos protocolos de seguimento é ilustrado em seguida, para duas das neoplasias mais frequentes – mama e colorectal.

Seguimento pós terapêutico do cancro da mama

O primeiro objectivo é sem dúvida a detecção precoce de uma recorrência, seja de recidiva ipsilateral seja de cancro contralateral; um segundo objectivo é a detecção de metástases à distância.

A mulher com cancro da mama tem quatro a cinco vezes maior risco de desenvolver cancro na outra mama do que a mulher sem esta doença. Este cancro é potencialmente curável pelo que o exame clínico e o pedido de mamografia anual para o seu diagnóstico precoce, são incontroversos. Decorrem no entanto estudos sobre este procedimento, havendo já conclusões que apontam para o seu modesto impacto na sobrevivência global^[19], não só devido ao número escasso de doentes com o problema, mas ainda porque muitas mulheres não são consideradas curadas do primeiro cancro, aquando da investigação do segundo.

in which the weight must be taken into account. The patient must be informed about the alert signs, as well as they should be stimulated to participate in their own surveillance, being taught to undertake the self-exam in some anatomic areas, such as the breast, the testicle, the mouth and the skin.

The diagnosis complementary exams shall be asked rationally and coherently, taking into account some principles: the result must be reliable and clarifying, it must add information to the clinic, as it is an example the mammography in the more sensitive and specific diagnosis of breast infra-clinic lesions. The exam to be asked for must have an impact in the patient's therapy and prognostic – the augment of the cancer marker CA 15.3 in the breast cancer can anticipate between 6 and 9 months the clinical diagnosis of the metastasis, but this knowledge does not determine any therapeutic attitude, so its request ends up in being inconsequent. The research for metastasis in the absence of symptoms does not benefit the patient, because of the fact that their pre-symptomatic treatment does not alter the prognosis.^[11,12]

This first aim is, without any doubt, the vital moment of the post-therapeutic follow-up and it has determined the creation of multiple protocols of follow-up, successively adjusted to the resources, to the scientific development and also to the experience of those who use them. These protocols have been causing a huge controversy and creating the design of big dimension retrospective and prospective studies which compare intensive surveillance results through clinical, biological and imageological ways with the simple clinic surveillance.^[13,14,15,16,17,18] These conclusions can be applied to a big number of tumours with different localisations.

The example of the controversies linked to the follow-up protocols is shown bellow, concerning two of the most frequent cancers – breast and colorectal.

Breast cancer post-therapeutic follow-up

The first aim is, without a doubt, the early detection of a recurrence, being it ipsilateral or contra-lateral; a second aim is the detection of metastasis at distance.

The woman with breast cancer has four to five times more the risk of developing cancer in the other breast than the woman who does not have this disease. This cancer is potentially curable, that is why the clinical exam and the annual mammography request for its early diagnosis are not controversial. Notwithstanding, studies about this procedure are being made, existing already conclusions that show its modest impact in the global survival^[19], not only due to the minor number of patients with this problem, but also because many women are considered cured from the first cancer when the second one is investigated.

A investigação das metástases implica a avaliação dos locais mais frequentes de metastização: osso (42,5%), pulmão/pleura (35,8%), parede torácica/pele (22,1%) gânglios (20,3%) e fígado (13,1%). Cerca de 60% a 96% das manifestações metastáticas são detectadas pela clínica e 75% apresentam os sintomas nos intervalos das consultas programadas. Os testes têm baixas sensibilidade e especificidade, não havendo benefício induzido por esta detecção pré sintomática, quer em termos de intervalo livre de doença, de sobrevivência ou de qualidade de vida.^[12]

Estudos que compararam os resultados da aplicação de um plano intensivo de seguimento, incluindo o exame físico, a radiografia de tórax, a cintigrafia óssea, a ecografia hepática e os testes laboratoriais em intervalos regulares, com os resultados de um grupo apenas vigiado pela clínica, concluíram que a vigilância intensiva não tinha beneficiado a sobrevida, pelo que é actualmente desencorajado o seu pedido como rotina, na ausência de sintomas^[20]. Alguns destes estudos incluíram a validade do pedido de marcadores tumorais (CA15.3, CEA) mas as conclusões mantêm-se controversas, necessitando de maior investigação.

De forma resumida, poder-se-á concluir com a seguinte recomendação: o seguimento pós terapêutico do cancro da mama inclui o exame clínico médico associado à mamografia anual. Consultas cada 3 a 6 meses nos primeiros 2 a 3 anos após o fim do tratamento do tumor primário e de 6 em 6 meses ou anuais nos anos subsequentes, é a periodicidade recomendada para avaliação clínica.

Seguimento pós terapêutico do cancro colorectal

Após a ressecção com intenção curativa, 30% a 50% de doentes com cancro colorectal sofrem uma recaída que se traduz por recidiva local ou doença metastática, e morrerão da doença.

Os programas de vigilância são controversos, dado alguns autores referirem que não há benefício na melhoria da sobrevivência, enquanto outros defendem que estes procedimentos detectam precocemente segundos tumores primários.^[21,23] A dificuldade no consenso justifica que haja protocolos tão diferentes que os mais intensivos podem incluir avaliação trimestral associada a imagiologia, endoscopia, bioquímica hepática, quantificação de CEA, e os mais minimalistas, simplesmente avaliação clínica sem nenhum exame auxiliar de diagnóstico associado.

Nos últimos anos vários estudos e metanálises têm-se debruçado sobre estas questões e um estudo levado a cabo em 2002 (Rehnan et al. citado por M. Schneider) concluiu que o grupo sujeito a plano de vigilância intensivo durante cinco anos (exame físico, hemograma, pesquisa de sangue oculto nas fezes, CEA, Rx de tórax feitos trimestralmente nos primeiros 2 anos

The metastasis investigation implies the assessment of the more frequent locals of the metastasis: bone (42,5%), lungs/pleura (35,8%), thoracic wall/skin (22,1%), ganglia (20,3%) and liver (13,1%). Around 60% to 96% of the metastasis showings are detected by the clinic and 75% present the symptoms in the breaks of the programmed appointments. The tests have low sensibility and specificity, and it does not exist an induced benefit from this pre-symptomatic detection, either in terms of the disease free break, of survival or of quality of life.

Studies that have compared the application results of an intensive follow-up plan, including the physical exam, the thorax radiography, the bone scan, the liver echography and the laboratory tests in regular breaks, with the results of one group only supervised by the clinic, have concluded that the intensive surveillance had not benefited the survival, that is why its request is not currently encouraged as a routine in the absence of symptoms^[20]. Some of these studies have included the tumour markers request validity (CA 15.3, CEA), but the conclusions are kept controversial, having the need of further investigation.

Briefly, it can be concluded the following with the following recommendation: the breast cancer post-therapeutic follow-up includes the medical clinical exam associated with the annual mammography. The recommended frequency for the clinical assessment is appointments every 3 to 6 months in the first 2 to 3 years, after the end of the primary tumour treatment, and every 6 months or annually in the subsequent years.

Colorectal cancer post-therapeutic follow-up

After the resection with curative intention, 30% to 50% of the patients with colorectal cancer suffer a return of the disease that is translated by a local recurrence or metastasis and they will die from the disease. The surveillance programs are controversial, since some authors refer that there is no benefit in the survival improvement, whereas others defend that these procedures detect primary tumours in an early stage.^[21,22] The difficulty in the consensus justifies the existence of such different protocols that the most intensive can include a quarterly assessment associated with imageology, endoscopy, liver biochemistry, CEA quantification, and the minimalists say that there should simply be a clinical assessment without any auxiliary exam of associated diagnosis.

In the last years, several studies and meta-analysis have been focusing mainly on these issues and a study undertaken in 2002 (Rehnan et al, quoted by M. Schneider)^[23] concluded that the group subject to an intensive surveillance plan during five years (physical exam, blood-picture, search for hidden blood in the feces, CEA, thorax scan done quarterly in the first 2

e seguidamente semestrais; colonoscopia anual ou pedida aos 3, 6, 12, 18 e 24 meses; sigmoidoscopia trimestral para as neoplasias do recto e sigmoide; TAC abdominal anual) tinha tido uma redução absoluta na mortalidade de 9-13%, quando comparado com o grupo controlo. Concluiu ainda que esta redução estava associada à detecção de metástases isoladas. Eventualmente a sua ressecção será a responsável pela melhoria do prognóstico ou poderá estar associada ao facto do grupo estudado ser mais novo do que o grupo controlo ou ainda de no primeiro haver um maior número de doentes em estágio mais favorável. Todas estas controvérsias têm levantado várias questões, incluindo o valor dos testes usados, o que determinou o aparecimento de propostas de protocolos bastante similares feitas por diferentes entidades (ASCO, ACS, ESMO).

Detecção de efeitos iatrogénicos

O diagnóstico de complicações ligadas à iatrogenia é fundamental, pois as toxicidades tanto agudas como crónicas podem por em risco a vida do doente.^[24,25] As toxicidades agudas, secundárias tanto à quimioterapia como à radioterapia, são habitualmente detectadas e resolvidas durante o tratamento, pelo que decorrem num período de grande ligação do doente ao hospital. São sobretudo as toxicidades crónicas que se manifestam tardiamente, de 3 meses a 2 a 3 anos após a cessação do tratamento, que levantam problemas para o médico de Medicina Geral e Familiar tanto no diagnóstico como na abordagem clínica.

Toxicidade da Quimioterapia

Vários órgãos ou tecidos podem ser sede de efeitos secundários, dependendo muito dos fármacos usados. A *toxicidade hematológica* é a complicação mais frequente, traduzida pela diminuição isolada ou em conjunto de qualquer das séries sanguíneas. A *falência medular permanente* é a sua expressão máxima e, a mais temida, a indução de tumores não sólidos. *Estomatite ou mucosite, náuseas e vômitos, diarreia ou obstipação, miocardiopatia, insuficiência cardíaca, fibrose pulmonar, cistite, neoplasia da bexiga, amenorreia, oligospermia ou azoospermia, polinevrites, íleus paralítico, alopecia, estriamento das unhas, eritema das extremidades ou discromia justarticula e fotosensibilidade* integram a lista das manifestações possíveis.

Toxicidade da Radioterapia

Os efeitos secundários induzidos pela radioterapia dependem dos territórios irradiados e estão dependentes da sensibilidade dos diferentes tecidos, da

years and then bi-annually; annual colonoscopy or asked in the 3, 6, 12, 18 and 24 months; quarterly sigmoidoscopy for the rectus and sigmoid cancers; annual abdominal scan) has had a total reduction in mortality of 9-13%, when compared to the control group. It has also concluded that this reduction was associated with the detection of isolated metastasis. Possibly its resection will be responsible for the prognosis improvement or it might be associated with the fact that the studied group is younger than the control group, or still that in the first group there is a bigger number of patients in a more favourable stage. All these controversies have raised several questions, including the used tests value, which determined the showing of proposals of very similar protocols done by different entities (ASCO, ACS, ESMO).

Detection of iatrogenic effects

The diagnosis of complications linked to iatrogeny is vital, as the toxicities, both acute and chronic, can put the patient's life in risk.^[24,25] The acute toxicities, secondary both to chemotherapy and to radiotherapy, are normally detected and solved during the treatment, for they take place in a period of a big connection of the patient to the hospital. The chronic toxicities are mainly the ones that show themselves in a very late stage, from 3 months to 2 to 3 years after the end of the treatment, which raise problems to the General and Family Medicine Practitioner, both in the diagnosis and in the clinical approach.

Chemotherapy Toxicity

Several organs or tissues can be the home of secondary effects, depending very much on the medicine used. The blood toxicity is the most frequent complication, translated by the isolated diminishing or in a group of any of the blood series. The permanent medullary failure is its maximum expression and, the most feared one, the induction of non-solid tumours. Stomatitis or mucositis, nausea and vomits, diarrhoea or constipation, myocardiopathy, cardiac insufficiency, lung fibrosis, cystitis, bladder cancer, amenorrhoea, oligospermia or azoospermia, polineuritis, paralytic ileus alopecia, nails striament, extremities erythema or justartyculus dyschromia and photosensitivity make part of the list of the possible occurrences.

Radiotherapy Toxicity

The secondary effects induced by the radiotherapy depend on the irradiated places and are dependent on the sensitivity of the different tissues, on the doses and on the used radiation source.^[26] The late sequels, the majority of those showing between the first and the

dose e da fonte de radiação utilizada^[26]. São sobretudo as sequelas tardias, a maioria de aparecimento entre o primeiro e segundo anos após o fim do tratamento, que trazem o doente ao Médico de Família.

Cáries dentárias, osteoradionecrose maxilar, laringite e pneumonite, pericardite e arterites, mielite e necrose cerebral, diarreia e síndrome de mal-absorção, secura vaginal, dermite acrescida de risco de transformação maligna, efeito mutagénico, teratogénico e potencialmente carcinogénico, com maior risco para a mulher^[27] fazem parte das complicações possíveis.

Os efeitos secundários acima referidos são determinados por agentes terapêuticos que não fazem parte do arsenal terapêutico do médico de Medicina Geral e Familiar. Este facto pode determinar a dificuldade por parte deste em reconhecer o quadro clínico e estabelecer a relação de causalidade. A melhoria da sua *performance* pode ser implementada pelo acesso ao protocolo terapêutico a que o doente foi submetido, assim como à indicação por parte do médico hospitalar, das complicações previsíveis a curto e longo prazo.

Reabilitação e Suporte Psicossocial

Promover a reabilitação em Oncologia tem como objectivos optimizar a capacidade funcional após o tratamento, dar suporte psicológico ao doente, fazer o aconselhamento profissional e promover a sua reintegração familiar e social. Este suporte deve ser extensivo à família.

Suporte Psicológico

Os efeitos psicológicos da doença começam no momento do diagnóstico. Dependem de factores individuais, como a idade e o sexo entre outros, reagindo os doentes mais idosos com menos ansiedade, embora os mais jovens tenham uma atitude mais positiva face ao futuro; os homens são mais afirmativos enquanto as mulheres potenciam a sua passividade e dependência^[28]. As reacções são também condicionadas pelo estágio da doença: estádios precoces com sequelas mínimas pós terapêuticas têm a reintegração facilitada. No extremo oposto, encontram-se os doentes com doença incurável, que têm dificuldade desde o início em aceitar o diagnóstico, podendo manifestar sintomas de angústia e depressão. O doente pode ainda assumir comportamentos que oscilam entre a inquietude infundada, face ao menor contratempo, e o desleixo, que pode conduzir à denegação da doença. São conhecidas as etapas de reacção psicológica face à notícia diagnóstica de doença grave, estudadas por Kübler-Ross^[29], que analisam o comportamento, por vezes controverso, do doente face à doença. O impacto da doença no doente é dinâmico

second year after the end of the treatment, are the ones that bring the patient to the Family Doctor.

Dental caries, maxillary osteonecrosis, laryngitis and pneumonitis, pericarditis and arteritis, myelitis and cerebral necrosis, diarrhoea and bad-absorption syndrome, vaginal dryness, eczema with a risk of malign transformation, mutagenic, teratogenic and potentially carcinogenic effect, with a bigger risk for the woman,^[27] make part of the possible complications. The secondary effects mentioned above are determined by therapeutic agents that do not make part of the therapeutic arsenal of the General and Family Practitioner. This fact can determine this doctor's difficulty in recognising the clinic situation and establish the cause relationship. Their performance can be improved towards the access to the therapeutic protocol to which the patient has been subject, as well as to the indication from a hospital doctor regarding the foreseeable complications in a short and long term.

Rehabilitation and Psycho-social Support

To promote the rehabilitation in Oncology has as aims the optimisation of the functional capacity after the treatment, to give the patient psychological support, to make the professional counselling and to promote their family and social reintegration. This support must be extended to the family.

Psychological Support

The disease's psychological effects start in the diagnostic moment. They depend on individual factors, such as the age and gender, among others, reacting the older patients less anxiously, although the younger ones have a more positive attitude towards the future; men are more affirmative, whereas women potentiate their passivity and dependence.^[28] The reactions are also conditioned by the stage of the disease: early stages with minimal sequels after the therapy have their reintegration much easier. On the extreme other side, there are the patients with an incurable disease, who have difficulties from the beginning in accepting the diagnosis, being capable of showing symptoms of anxiety and depression. The patient can also have some behaviour that balance between the unfunded calmness before any minor obstacle, and the not caring of anything that can lead to the disease's denegation. There are known the psychological reaction steps regarding the diagnosis of a serious disease, studied by Kübler-Ross,^[29] that analyse the patient's behaviour, sometimes controversial, towards the disease.

The impact of the disease on the patient is dynamic, modifying itself by the influence of the death idea related to the disease and its respective complication, as well as its context. Having cancer can be an experience

modificando-se por influência da morbilidade relacionada com a doença e respectivas complicações, e também com o seu contexto. Ter cancro pode mesmo ser uma experiência que resulta na integração de uma nova identidade, talvez permanente. Esta identidade é caracterizada pela facilidade em recair nos sentimentos e emoções iniciais ligadas à doença e ao período de convalescença, com uma preocupação contínua com a própria morte e com um sentimento muito forte de vulnerabilidade. Há uma reconstrução da própria identidade, que se vai projectar para além da vida do doente, inclusivamente no seu desempenho a nível social.^[30] Embora o período pós diagnóstico seja o de maior stress, no seguimento pós terapêutico o doente confronta-se sempre com a incerteza dos resultados, pelo que os procedimentos levados a cabo nesta fase possam gerar grande desconforto físico e psicológico. No entanto a maioria dos doentes sente-se mais segura com um seguimento regular, ficando mais tranquilos após uma consulta onde nada de novo foi diagnosticado, embora para alguns sirva apenas para lhes lembrar a doença e trazer mais ansiedade.

Há poucos dados sobre o efeito do seguimento pós terapêutico na qualidade de vida, sendo esta definida, segundo Calman^[31] pelo intervalo que medeia entre as expectativas e as aquisições e sendo tanto maior, quanto menor for o intervalo. A qualidade de vida pode no entanto ser influenciada pela percepção de controlo que os doentes têm sobre os problemas relacionados com o diagnóstico e o tratamento. As necessidades detectadas pelos doentes na fase de remissão da doença relacionam-se com o suporte emocional e a informação sobre a doença e satisfazê-las é reconhecido pela maioria dos médicos de Medicina Geral e Familiar como um papel fundamental a desempenhar dentro do seu âmbito profissional.^[32]

Reabilitação Física

A capacidade funcional fica frequentemente comprometida, tendo a sua expressão máxima nas grandes mutilações cirúrgicas: mastectomizada e portadores de estomas digestivos e laríngeos. Na mastectomizada, são sobretudo duas as complicações a nível físico:

- Linfedema – o compromisso do retorno venoso e linfático atinge cerca de 20% das mastectomizadas assim como cerca de 13% de mulheres sujeitas a tratamento conservador, embora estes números variem nas diferentes séries. Depende de vários factores como a idade mais avançada, a obesidade e cirurgia do lado dominante. Pode desenvolver-se após a cirurgia ou surgir vários anos depois; uma vez instalado tem um agravamento progressivo e o tratamento apenas minimiza o desconforto. O membro pode apresentar-se

that results in the integration of a new identity, maybe permanent. This identity is characterised by the easiness in falling again into the initial feelings and emotions linked to the disease and to the recovery phase, with a continuous preoccupation with their own death and with a very strong feeling of vulnerability. There is a reconstruction of the own identity, that will be projected beyond the patient's life, inclusively in their performance in a social level.^[30] Although the post-diagnostic period is the one of major stress, in the post-therapeutic follow-up the patient faces themselves always with the results uncertainty, and the procedures undertaken at this stage can generate a big physical and psychological discomfort. However, the majority of the patients feel safer with a regular follow-up, staying calmer after an appointment where nothing new has been diagnosed, although for some it only functions to recall them of the disease and bring them more anxiety. There are few data concerning the effect of the post-therapeutic follow-up in the quality of life, being this one defined, according to Calman,^[31] by the period of time between the expectations and the acquisitions and it is bigger as smaller is the period of time. Nevertheless, the quality of life can be influenced by the control perception that the patients have about the problems related to the diagnosis and the treatment. The needs detected by the patients in the remission phase of the disease are related to the emotional support and the information about the disease and to satisfy them is recognised by the majority of the General and Family Medicine Practitioners as a fundamental role to play in their professional scope.^[32]

Physical Rehabilitation

The functional capacity is frequently compromised, having its maximum expression in the big surgical mutilations: mastectomy and bearers of digestive and larynx stomas.

In the mastectomised person, there are mainly two physic complications:

- Lymphedema – the compromise of the venous and lymphatic recovering reaches around 20% of the mastectomised people, as well as around 13% of the women subject to a conservative treatment, although these numbers vary in the different series. It depends on several factors, such as advanced age, obesity and surgery in the dominating side. It can be developed after the surgery or it may show up several years later; once it is installed, it has a progressive aggravation and the treatment only minimises the discomfort. The limb can show itself with more than 5 cm of perimeter in relation to the contra-lateral one, sometimes with an associated motor deficit. There is the indication of several measures as preventive of its showing or aggravation,

com mais de 5cm de perímetro em relação ao contralateral, por vezes com algum deficit motor associado. Várias medidas são apontadas como preventivas do seu aparecimento ou agravamento, nomeadamente melhorar a drenagem linfática ou evitar o que possa conduzir à estase e ao aumento do risco de infecção. O tratamento que se tem mostrado mais eficaz é a fisioterapia. A infecção – a erisipela e a sua forma mais grave, a linfangite, são complicações frequentes e temidas, pois podem condicionar ou agravar o linfedema.

- Ombro doloroso – é habitualmente uma complicação que se instala numa patologia prévia agravando-a, provocando um quadro doloroso com limitação funcional. O melhor tratamento é a prevenção, devendo ser feita uma correcta avaliação pré cirúrgica de patologia osteodegenerativa do ombro, com início precoce de fisioterapia.

As reacções da mulher à mastectomia são variáveis, dependem da idade, do nível sociocultural e do contexto familiar. Para algumas mulheres perder a mama parece insuperável, enquanto para outras o medo da doença ultrapassa a angústia de viver com semelhante amputação. Esta perda pode significar a perturbação da identidade sexual e da auto imagem. Muitos casais reconhecem que há uma diminuição da libido e perturbação da sua vida sexual; muitas mulheres escondem a cicatriz ou têm mesmo dificuldade em encará-la durante muito tempo. Pode levar anos para a mulher aceitar o seu novo estado e a solução para muitas é a reconstrução mamária, se possível. A possibilidade de reconstrução deve ser equacionada antes da mastectomia, segundo Hoerni, porque permite atenuar a angústia da amputação assim como projecta a mulher para a reabilitação.^[33]

As associações de grupos de entajuda são constituídas por indivíduos voluntários com o mesmo problema e que contam com as experiências vividas por cada um para ajudar a resolver os problemas e as preocupações dos outros elementos do grupo (no caso das mastectomizadas, por mulheres na mesma situação). Para muitas mulheres o grupo permite-lhes prosseguir o seu dia a dia, diminuir o sentimento de isolamento através da troca de experiências e do suporte emocional.^[34] Em Portugal estes grupos estão ligados e sediados na Liga Portuguesa Contra o Cancro onde o Movimento “Vencer e Viver” de apoio às mastectomizadas é o de mais forte implantação.

A reacção do doente portador de estoma digestivo não é uniforme e as disparidades estão dependentes da idade, da actividade profissional, do estatuto social, da maturidade psicológica, da situação familiar e do sexo. Habitualmente passa por cinco fases de adaptação: pré operatória, pós operatória precoce, de recuperação, de convalescença extra hospitalar e de reinserção social e

namely to improve the lymphatic draining or to avoid what can lead to the stasis and to the augment of the infection risk. The treatment shown as the most effective is the physiotherapy. The infection – the erysipelas and its more severe form, the lymphangitis, are frequent and feared complications, as they can affect or aggravate the lymphedema.

- Painful shoulder – this is normally a complication that is installed in a previous pathology aggravating it, creating a painful panorama with a functional limitation. The best treatment is the prevention, and it shall be undertaken a pre-surgical correct assessment of osteodegenerative pathology of the shoulder, with an early start of physiotherapy.

The reactions a woman has to the mastectomy vary; they depend on the age, on the socio-cultural level and of the family context. For some women, to lose their breast seems something impossible to overcome, whereas for others the fear of the disease overcomes the anxiety of living with this amputation. This loss can mean the disturbing of the sexual identity and of their self-image. Many couples recognise that the libido diminishes and their sexual life is affected. Many women hide the scar or have even serious difficulties in facing it for quite a long time. It can take years until the woman accepts her new condition and the solution for many is the breast reconstruction, if possible. The possibility of reconstruction shall be thought of before the mastectomy, according to Hoerni, because it allows the diminishing of the amputation anxiety, as well as it projects the woman towards the rehabilitation.^[33]

The associations of help groups are formed by voluntary people with the same problem and who count with the experiences lived by each person to help solving the problems and the concerns of the other elements of the group (in the case of mastectomised women, with others in the same position). For a lot of women, the group allows them to go on with their daily lives, diminishing their feeling of isolation through the sharing of experiences and the emotional support.^[34] In Portugal, these groups are linked to and with their headquarters in the Portuguese League Against the Cancer where the Movement “Win and Live” of support to the mastectomised women is the one with the strongest implantation.

The reaction of the patient with digestive stoma is not uniform and the differences depend on the age, on the professional activity, on the social status, on the psychological maturity, on the family situation and on the gender. Normally, it passes through five steps of adaptation: pre-surgery, early post-surgery, recovery, extra-hospital recovery and social and professional reinsertion. It is mainly in this stage that the patient can consult their family doctor, exposing problems connected to their stoma. The patient fears above all

profissional. É sobretudo nesta última fase que o doente pode consultar o seu médico de família, pondo problemas ligados ao seu estoma. O doente teme sobretudo que os que o rodeiam se apercebam da sua situação, pelo risco da emissão não controlada de ruídos e de cheiro. O aconselhamento alimentar é por isso muito importante, devendo o doente evitar alimentos com poder laxante, que produzam fermentação com libertação de gases com mau cheiro ou que em contacto com a pele se tornem corrosivos. Não há uma dieta rígida para estes doentes e deverão ser os próprios a identificar os alimentos mal tolerados e a estabelecer as suas regras dietéticas.

A complicação mais frequente dos estomas é a dermite peristomal, devida à reacção alérgica ao saco ou por contacto de fezes irritativas com a pele. As medidas preventivas comportam a mudança de aparelho, em caso de alergia, melhoria da estaticidade, utilizando um creme depilador para aumentar a aderência do saco, evitar a aplicação de soluções irritantes de limpeza e proteger a pele com um protector adequado como seja uma pasta de karaya ou Stomahésive, ou simplesmente pincelar com clara de ovo. Complicações menos frequentes como o afundamento, o prolapso, ou a estenose necessitam de ser referenciadas a cuidados secundários.

Os doentes traqueostomizados são sobretudo homens, com perfil de consumo etilo-tabágico, encontrando-se nas décadas dos 50/ 60 anos. São doentes muito fragilizados e que a somar à doença apresentam a dificuldade de se relacionarem com os outros através da fala. Embora alguns deles possam viver sem prótese, a maioria usará cânula de traqueostomia. O doente é treinado ainda em internamento nos cuidados de higiene a ter com o aparelho, nomeadamente com a lavagem da cânula. Deve também ser aconselhado a usar sistematicamente um protector da cânula como seja um lenço de pescoço que tem a vantagem de, para além de esconder o traqueostoma, o proteger da entrada de corpos estranhos, tendo também a função de filtrar, aquecer e humedecer o ar exterior, diminuindo a tosse e as secreções favorecidas pelo ar frio e pela poluição. Estes doentes podem ter perturbações do olfacto pelo que devem ser avisados dos riscos domésticos (fugas de gás, cheiro a queimado) e outros, a fim de arranjar estratégias de protecção.

A fim de melhorar a reintegração destes doentes, é preciso insistir na recuperação fonatória que, para além do treino de voz esofágica conseguida por muitos doentes, tem disponível vários dispositivos de substituição. A maior dificuldade para estes doentes é a sua reintegração profissional, sobretudo se exercerem uma actividade em que a voz seja fundamental.

that the ones who surround them realise their situation, through the risk of a non-controlled emission of noises and smell. The food counselling is therefore very important, with the patient avoiding foods with laxative power, that can produce fermentation with the release of bad odour gases or that in contact with the skin become corrosive. There is no a rigid diet for these patients and they themselves shall identify the badly tolerated foods and establish their own dietary rules.

The most frequent complication of the stomas is the peristomal eczema, due to the allergic reaction to the bag or due to the contact of irritative feces with the skin. The preventive measures involve the change of the device, in the case of allergy, improvement of the stagnation of blood, using a depilation cream in order to augment the adherence to the bag, avoid the application of irritative cleaning solutions and protect the skin with a suitable protector, such as a karaya paste or Stomahésive, or simply to pass with egg white. Less frequent complications such as the deepening, the prolapsed, or the stenoses need secondary care.

The tracheostomised people are mainly men, with an alcohol and cigarette consumer profile, around the ages of 50/60 years old. These are very fragile patients that, along with the disease, show a difficulty of relating themselves with the others through the oral conversation. Although some of them can live without the prosthesis, the majority will use tracheostomy cannula. The patient is trained, when they're still in hospital, to take care of the device's hygiene, namely regarding the cannula's washing. They shall also be advised to systematically use a cannula's protector such as a scarf that has the advantage of not only hiding the tracheostoma, but also protecting them of strage bodies, having as well the function of filtrate, heat and makes humid the exterior air, diminishing the coughing and the secretions favoured by the cold air and by the pollution. These patients can have olfactory problems, so they need to be told about the risks at home (gas leak off, burnt smell) and others, in order to find protection strategies.

In order to improve these patients' reintegration, it is necessary to insist on the sound recovering that, together with the esofagic voice training achieved by many patients, has available several replacement devices. The biggest difficulty for these patients is their professional reintegration, mainly if they have an activity in which the voice is vital

Sexual Rehabilitation

The sexual life is one of the first aspects of the normal life to be disturbed when the symptoms start and the disease's diagnostic s done. It is a problem that affects the patients, their partners and the health professionals. The disturbing can affect any of the stages of the sexual

Reabilitação Sexual

A vida sexual é um dos primeiros aspectos da vida normal a ser perturbado quando os sintomas se iniciam e o diagnóstico da doença é feito. É um problema que incomoda os doentes, os seus parceiros e os profissionais de saúde.^[35]

A perturbação pode atingir qualquer das fases da função sexual, estando a libido diminuída nas situações em que a auto imagem e a auto estima estão perturbadas (cicatrices cirúrgicas, presença de estomas, perda ou ganho de peso, alopecia) ou em fases em que a depressão domina as reacções à doença. As outras fases estão perturbadas sobretudo devido a terapêuticas que determinam na mulher, secura vaginal, como é o caso da radioterapia, sobretudo se intracavitária, condicionando dispareunia ou até sinéquias vaginais. No homem, as perturbações vasculares e neurológicas induzidas por cirurgias a nível do períneo (neoplasias do recto, da bexiga ou da próstata) ou a terapêutica hormonal podem condicionar desde dificuldades ligeiras de erecção até à impotência total. A quimioterapia pode também ter efeitos secundários a este nível.

A esterilidade é um risco dos tratamentos anticancerosos. No rapaz, tanto a radioterapia como a quimioterapia interferem pouco com a puberdade; na rapariga a radioterapia a nível pélvico pode originar amenorreia primária e hipoplasia dos órgãos genitais, enquanto a quimioterapia pode dar atraso pubertário e irregularidades menstruais, sobretudo se for aplicada próximo da puberdade. A radioterapia pélvica acima de 20Gy na mulher, condiciona esterilidade definitiva. Pode ser necessário recorrer à criopreservação de óvulos, do ovário, ou mesmo de embriões.^[36] A quimioterapia afecta potencialmente a fecundidade em ambos os sexos: na mulher pode conduzir a um hipogonadismo com amenorreia e anovulação, habitualmente reversível antes dos 40 anos; no homem são frequentes a oligospermia e a azoospermia, nem sempre reversíveis pelo que nos doentes que prevejam querer assumir a paternidade, é preciso fazer conservação de esperma previamente ao tratamento.

A gravidez é também uma questão que deve ser discutida com a doente com doença oncológica. Não agrava o prognóstico da doença, pelo que a American Society of Clinical Oncology divulgou informação com desse teor, disponível na sua página Cancer.Net. Não tem contra-indicação para as mulheres jovens com neoplasias de bom prognóstico e em remissão há 2 a 5 anos.

A contracepção é também um problema posto pela mulher com doença oncológica e em idade fértil. A contracepção hormonal só tem contra-indicação para a mulher com cancro da mama, em que a escolha pode recair no dispositivo intrauterino ou num método de

function, being the libido diminished in the situations where the self-image and the self-esteem are disturbed (surgical scars, stomas, weight gain or loss, alopecia) or in stages where the depression dominates the reactions to the disease. The other stages are disturbed mainly because of the therapies that create vaginal dryness in women, such as radiotherapy, mainly intracavitary, creating dispareunia or even vaginal synechiae. In the man, the vascular and neurologic disturbances induced by perineo surgeries (rectus, bladder or prostate cancer) or the hormonal therapy can condition light erection difficulties or even total impotency. Chemotherapy can also have secondary effects in this level.

Sterility is a risk of the anti-cancer treatments. In the boy, both radiotherapy and chemotherapy do not interfere a lot with puberty; in the girl, pelvic radiotherapy can originate primary amenorrhea and genital organs hypoplasia, whereas chemotherapy can create a pubertary delay and menstrual irregularities, mainly if it is done close to the puberty time. The pelvic radiotherapy of 20Gy in woman creates definitive sterility. It can be necessary to undertake the ovum, ovary or even embryo cryopreservation.^[36]

Chemotherapy potentially affects the fecundity in both sexes: in women, it can create a hypogonadism with amenorrhoea and anovulation, normally reversible before the age of 40; in men, oligospermia and azoospermia are frequent, not always reversible; if patients wish to be fathers, it is necessary to conserve the sperm before the treatment.

Pregnancy is also a question that needs to be analysed with the oncologic patient. It does not aggravate the disease's prognostic – the American Society of Clinical Oncology has shared information with this content, available on their webpage Cancer.Net. It does not have contraindication for young women with good prognosis cancers and in remission for 2 to 5 years.

Contraception is also a problem posed by the cancer patient woman in fertile age. Hormonal contraception only has contraindication for those with breast cancer, in which the choice can be the intra-uterine device or a barrier method. There are no restrictions for the prescription of other contraceptive methods regarding other types of cancer.

Vaccine Problems

Oncologic patients can show a certain degree of immune-depression, so the vaccination, namely live viral vaccines, can cause problems. It is mainly in children that this question is more pertinent. The articulation with the oncologic podiatrist can help in solving the vaccination problem. The adult's vaccines do not normally cause restrictions, as the anti-tetanus vaccine is an inert toxoid and the anti-flu vaccines are recommended precisely for the patients with a higher

barreira. Não há restrições para a prescrição de outros métodos contraceptivos noutras localizações tumorais.

Problemas Vacinais

Os doentes oncológicos podem apresentar um certo grau de imunodepressão pelo que a aplicação de vacinas, nomeadamente de virais vivas pode pôr problemas. É sobretudo na criança que a questão se põe. A articulação com o pediatra oncológico pode ajudar a resolver o dilema da vacinação. As vacinas do adulto não põem habitualmente restrições pois a vacina antitetânica é um toxóide inerte e as vacinas antigripais são recomendados precisamente para doentes com maior risco de infeção, como seja o deficit imunitário. Só as deslocações para países onde seja obrigatória a vacinação contra a febre amarela, põe problemas, dado ser uma vacina viva, em que os prós e os contras da sua aplicação devem ser rigorosamente analisados.

Problemas Laborais

A doença oncológica obriga a um absentismo de longa duração, o que é um factor de desinserção social importante para o doente. Ajudar o regresso ao trabalho tão precocemente quanto possível é o objectivo a atingir. 60% a 80% dos doentes em remissão regressam ao trabalho e este regresso é tanto mais frequente e precoce quanto mais jovem é o indivíduo, quando tem uma actividade profissional motivadora, quando as sequelas iatrogénicas são mínimas, quando o mercado de trabalho é favorável. Os trabalhadores independentes, os quadros e os profissionais liberais têm mais êxito no regresso ao trabalho.

As maiores dificuldades envolvem a decisão de propor a reforma antecipada ao doente pela incompatibilidade entre o seu exercício e os riscos que comporta para a sua saúde. O médico de Medicina Ocupacional deve ser envolvido nesta decisão por ser o técnico que melhor conhece as condições do posto de trabalho do doente.

Apoio Social

Os doentes oncológicos têm sido alvo de alguma protecção social. Após avaliação pelo médico de Saúde Pública das condições de saúde do doente, pode ser-lhe atribuída a incapacidade suficiente que lhe dê acesso a regalias sociais traduzidas em benefícios fiscais sobre os rendimentos, sobre a aquisição ou construção de habitação, na compra de veículos, em depósitos bancários, em subsídio de renda de casa, entre outros, de acordo com o Estatuto dos Benefícios Fiscais ([Decreto-Lei 215/89](#), de 1 de Julho).

infection risk, such as the immunity deficit. Only travels to countries where the vaccination against the yellow fever is compulsory can cause problems, for it is a live vaccine where the advantages and disadvantages must be rigorously analysed.

Labour Problems

The oncologic disease obliges the person to have long term absenteeism, which is a factor of non social insertion important to the patient. To help the return to work as early as possible is the aim to achieve. 60% to 80% of the patients in remission get back to work and this return is as frequent and early as younger is the person, when they have a motivating professional activity, when the iatrogenic sequels are minimal and when the labour market is favourable. The independent workers, the permanent workers and the liberal workers are more successful when they return back to work.

The biggest difficulties involve the decision of proposing an early retirement to the patient due to their incompatibility between their job and the risks it has towards the disease. The Occupational Medicine Practitioner shall be involved in this decision because s/he is the technician who knows the patient's job conditions better.

Social Support

Oncologic patients have been target to some social protection. After the Public Health Practitioner has assessed the patient's health conditions, it can be attributed to them enough incapacity in order to make them receive social benefits translated in tax benefits on earnings, on acquisition or construction of houses, on vehicles' purchase, on bank deposits, on house's rent subsidy, among others, according to the Tax Benefits Status (Decree-Law 215/89, of 1st July).

Family Support

The cancer diagnostic throws the patients and their families into an unknown world where they have to deal together with a bunch of medical, psychological, financial and legal issues that were totally strange to them before. The patient, besides mobilising their own resources, looks for support in the people who are closer to them, normally the family. Family responds starting the patient's defence process, focusing care on them. The situation puts the family difficulties, sometimes in crisis. Therefore, the doctor shall extend the care provided to the patient, always involving also the family, the most important pillar of affective and psycho-social support of the patient.

The care provided by the family to the chronic patient, if not the first ones, at least the follow-up ones, are

Apoio à Família

O diagnóstico de cancro catapultou os doentes e as suas famílias para um mundo desconhecido onde têm que aprender a lidar com um conjunto de acontecimentos médicos, psicológicos, financeiros e legais, que anteriormente lhes eram estranhos. O doente, para além de mobilizar os seus próprios recursos, apoia-se nas pessoas mais próximas, habitualmente na família. A família responde pondo em marcha um processo de defesa do doente, centrando nele os seus cuidados. A situação põe a família em dificuldades, por vezes em crise. Assim, o médico deverá alargar os cuidados prestados ao doente, abrangendo sempre a família, o pilar mais importante de suporte afectivo e psicossocial do doente.

Os cuidados prestados pela família ao doente crónico são, se não os primeiros pelo menos os de maior continuidade, traduzidos na preparação de refeições adaptadas, de transporte, de administração medicamentosa, de suporte financeiro. É também a família a maior fonte do suporte emocional e social, ajudando a resolver frustrações e desânimo, assim como a lidar com a doença crónica.^[37]

É importante conhecer a forma como a família se adapta à doença e como pode influenciar o seu curso.^[38] As relações familiares mudam, por vezes para sempre, traduzida a mudança quer no papel dos seus elementos, quer nas respectivas responsabilidades. A doença pode levar a família a ficar mais unida. Esta coesão transforma-se às vezes em emaranhamento, querendo os seus elementos saudáveis substituir em tudo o doente, inibindo-o assim da sua autonomia e independência. Algumas famílias seguem o trajecto contrário, desintegrando-se até ao divórcio, institucionalização (Lares e outros) ou morte. As esposas dos doentes crónicos podem apresentar um nível de stress mais elevado do que o próprio doente. O médico de família deve fazer uma correcta avaliação da situação para que a família possa continuar a dar resposta às necessidades do doente, porque uma família bem cuidada leva a um doente melhorado. A melhor estratégia é estabelecer uma aliança com a família ao mesmo tempo que a apoia, elegendo um ou mais elemento corresponsável na prestação de cuidados ao doente.

É importante saber também em que fase do desenvolvimento está a família porque a doença de um dos seus elementos numa fase centrípeta condiciona a autonomia pessoal; no período centrífugo, dificulta o seu normal desenvolvimento e a diferenciação como indivíduo, como é o caso do adolescente. É ainda necessário avaliar os aspectos que ajudam a estabelecer o diagnóstico de saúde psicossocial da família com sejam: a) os seus recursos sociais, culturais, educacionais, económicos e de saúde; b) como a família

translated in the preparation of adapted meals, of transportation, of medicines giving, of financial support. It is also the family who is the biggest emotional and social source of support, helping to solve the frustrations and sadness, as well as to deal with the chronic disease.^[37]

It is important to know the way the family adapts itself to the disease and how it can influence its course.^[38] Family relationships change, sometimes forever, being this change translated either in the role of its elements or in their respective responsibilities. The disease can unite more the family. This cohesion is sometimes transformed into confusion, wanting the healthy members to replace the patient in everything, impeding them therefore of being autonomous and independent. Some families follow the opposite path, disintegrating themselves until the divorce, institutionalisation (care houses and others) or death. The wives of chronic patients can show a higher stress level than the one faced by the patient themselves. The family doctor must undertake a correct assessment of the situation so that the family can continue to give an answer to the patient's needs, because a well cared family leads to a healthier patient. The better strategy is to establish a link with the family at the same time that supports it, electing one or more elements to be responsible in taking care of the patient.

It is also important to know in which phase of development the family is because the disease of one of its elements in a centripetous phase affects the personal autonomy; in the centrifugal period, it makes more difficult the normal development and the differentiation as an individual, such is an example the teenager. It is still necessary to assess the aspects that help to establish the family psycho-social health diagnosis, such as: a) their social, cultural, educational, economical and health resources; b) the way the family has dealt with similar situations in the past; c) the way it has adapted itself to change; d) the capacity of accepting external aid, namely from health professionals.

Cultural aspects are sometimes determinant in the way to deal with the chronic disease, so it is very important to know the family's beliefs about the disease's etiology: if it comes because of bad luck, if it is understood as a punishment, if it is heredity – “the cancer has passed by all our family” – if it God's will, among others. If the disease has in the past affected someone of the same family, it is necessary to understand the previous behaviour, in order to determine a repetition pattern, so that a strategy to face it can be drawn.

Intervention in the family has mainly two sides – education and emotional support. As patients with cancer and their respective families take the health professionals as the main sources of reliable information, the carers must optimise their role as

lidou com situações parecidas no passado; c) como se adaptou à mudança; d) a capacidade de aceitar ajuda externa, nomeadamente dos técnicos da saúde.

Os aspectos culturais são por vezes determinantes na forma de lidar com a doença crónica, pelo que é muito importante conhecer as crenças da família sobre a etiologia da doença: se deriva da pouca sorte, se é tida como castigo, se é uma herança – “o cancro tem corrido a nossa família”, se é vontade divina, entre outras. Se a doença já atingiu no passado alguém da família, é necessário perceber os comportamentos anteriores, no sentido de determinar um padrão de repetição, para desenhar uma estratégia para lhe fazer face.

A intervenção junto da família tem sobretudo duas vertentes – a educação e o suporte emocional. Como os doentes com cancro e as respectivas famílias consideram os técnicos de saúde como a principal fonte de informação de confiança, os cuidadores devem otimizar o seu papel como educadores.^[39] A educação envolve a informação acerca da doença: assegurar a sua não contagiosidade, dar indicação sobre o curso da doença e o plano de cuidados, orientar a procura de soluções para apoio doméstico, financeiro ou outro. A informação contempla ainda pormenores sobre as tarefas específicas que podem ser atribuídas à família. Esta informação pode ser reforçada pela equipa hospitalar, aquando das consultas de seguimento. A família frequentemente questiona os técnicos de saúde, pedindo mais informação sobre a doença e o seu decurso futuro. A utilização de informação escrita adaptada, quando disponível, é de grande utilidade e reforça estes conhecimentos. Esta intervenção junto da família deve ser considerada como uma estratégia para apoio ao doente, e não como uma parte do problema.

Comentário Final

Num mundo médico estranho e, muitas vezes, assustador, quer pela multiplicidade de técnicos envolvidos, quer pela agressividade das iniciativas de diagnóstico e tratamento, o médico de família é o único factor constante: já existia antes do diagnóstico e o contacto contínuo com o doente e a família, qualquer que seja a sua capacidade, é mutuamente adequado e pode ser uma fonte de tranquilidade.^[40]

Um estudo aleatório comparou o seguimento pós terapêutico de dois grupos de mulheres com cancro da mama, um seguido regularmente pelo médico hospitalar (grupo controlo) e o outro seguido pelo médico de família. Este estudo concluiu que o seguimento em cuidados de saúde primários não se associou a atraso no diagnóstico de recorrência ou a aumento de ansiedade ou de deterioração na qualidade de vida. Outra conclusão adicional foi a de que 69% das recorrências no grupo controlo aconteceu no intervalo das consultas programadas e que cerca de

educators.^[39] Education involves information about the disease: guarantee its non-contagion characteristic, give indication about the disease's course and the care plan, orient the search for solutions with a home support, financial or other aim. This information still involves details about specific tasks that can be allocated to the family. It can be reinforced by the hospital team, while the follow-up appointments take place. The family asks frequently the health professionals for information, wishing to know more about the disease and its future contours. The use of adapted written information, when available, is very useful and reinforces this knowledge. This intervention in the family must be considered as a strategy of support to the patient and not as a part of the problem.

Final Comment

In a strange and many time scary medical world, either because of the multiplicity of professionals involved or for the aggressiveness of the diagnosis and treatment initiatives, the family doctor is the only constant factor: they already existed before the diagnosis and the continuous contact with the patient and their family, despite their capacity, is mutually suitable and can be a source of tranquillity.^[40] A random study compared the therapeutic follow-up of two groups of women with breast cancer, one regularly followed by the hospital doctor (control group) and the other followed by the family doctor. This study concluded that the follow-up in primary health care did not associate itself with a delay in the recurrence diagnosis or to anxiety augment or even to deterioration of quality of life. Another additional conclusion was that 69% of the recurrences in the control group have happened in the break between the programmed appointments and that around half of these have consulted first their family doctor.^[41]

Several factors are congregated to reinforce the role of the General and Family Medicine Practitioner in providing care to the oncologic patient in the disease's remission, namely in its good effectiveness. As far as training is concerned, the UEMO, in its Conference on Consensus in Copenhagen in June 1991, privileges the post-therapeutic follow-up as proposed training area for the General and Family Medicine Practitioners.^[43]

What is still to structure is the organisation of the articulation between the several levels of care. Several studies on this issue concluded that the main problem is based on a communication deficit, either between the people, the departments or even the organisations. A study^[44] that has dedicated itself to assess the communication quality between family doctors and specialists, concluded that 44% of the family doctors mentioned that the communication took too long, was not frequent or incomplete; 25% add the lack of tasks definition between them. The study undertaken by

metade consultou primeiro o seu médico de família.^[41]

Vários factos se congregam para reforçar o papel do médico de Medicina Geral e Familiar na prestação de cuidados ao doente oncológico em remissão da doença, nomeadamente a sua boa efectividade. A nível da formação, a UEMO, na sua Conferência de Consenso em Copenhaga em Junho de 1991, privilegia o seguimento pós terapêutico como área proposta para formação junto dos médicos de Medicina Geral e Familiar.^[43]

O que está por estruturar é a organização da articulação entre os vários níveis de cuidados. Diversos estudos neste âmbito concluíram que o problema principal reside num deficit de comunicação, seja entre os indivíduos, entre departamentos ou entre organizações. Um estudo^[44] que se dedicou a avaliar a qualidade da comunicação entre médicos de família e especialistas, concluiu que 44% dos médicos de família referiam que a comunicação era demasiado demorada, pouco frequente ou incompleta; 25% acrescentaram a falta de definição de tarefas entre eles. O estudo levado a cabo por Marjorie Wood e já citado, identificou várias barreiras à comunicação, nomeadamente a multiplicidade de médicos hospitalares a prestar cuidados ao mesmo doente, atraso ou ausência de informação de alta hospitalar quando o doente consulta o médico de família, dificuldade em obter informação sobre protocolos de seguimento pós terapêutico para as diferentes localizações tumorais, intimidação frente aos especialistas por falta de confiança na sua capacidade para lidar com os problemas oncológicos, medo de criticismo por parte dos especialistas face a alguma falha técnica no acompanhamento do doente, entre outros mais.

As dificuldades poderão ser minimizadas através de estratégias que melhorem a comunicação assim como a formação dos médicos de família. Apontam-se algumas estratégias seguidamente:

- Melhorar o modelo da “nota de alta” de forma a dar resposta às necessidades dos médicos a quem se dirige (deverá incluir identificação do doente, do médico e do serviço hospitalar; diagnóstico principal e secundário(s); resultados de exames complementares de diagnóstico, estadiamento e terapêuticas; medicação de alta; informação de que o doente é detentor sobre diagnóstico e prognóstico; complicações esperadas; plano de seguimento; grau de urgência da primeira consulta no médico de família).
- Estabelecer, se possível em conjunto com os pares hospitalares de referência, e divulgar protocolos de seguimento estandardizados, claros, práticos e baseados na evidência científica.

Marjorie Wood already quoted identified several obstacles to communication, namely the multiplicity of hospital doctors providing care to the same patient, delay or absence of information regarding the date of leaving the hospital when the patient has an appointment with the family doctor, difficulty in getting information about post-therapeutic follow-up protocols regarding the different tumour localisations, intimidation before the specialists due to a lack of confidence in their capacity of dealing with the oncologic problems, fear of criticism on the part of the specialists before any technical failure during the patient's follow-up, among several others.

The difficulties can be minimised through strategies that can improve the communication, as well as training of the family doctors. The following strategies are set:

? Improve the “high mark” model, in order to give answer to the needs of the doctors with whom you have an appointment (it shall include the patient, the doctor and the hospital service's identification; main and secondary diagnosis; results of the diagnosis complementary exams, stay in the hospital and therapies; leave of the hospital medication; information regarding what the patient has about diagnosis and prognosis; foreseeable complications; follow-up plan; urgency degree of the first appointment in the family doctor).

- Establish, if possible together with the reference hospital colleagues, and spread standardised, clear, practical and based on scientific proof follow-up protocols.

- Define in a negotiated way the role of the family doctor in the post-therapeutic follow-up, improving the coordination and avoiding duplication.

- Keep effective bilateral channels of communication regarding updated information about the patient, with an exchanging of clinic and other types of data.

- Identify a group of family doctors more directed to Oncology, creating with them a reference group.

- Design informal seminars to discuss between colleagues of the same area.

As a final key-idea, it can be said the following: the partition of the roles shall be clear to everyone, mainly to the patient. The vital thing so that this can be obeyed is the good coordination of the technical team, which conditions the quality of the follow-up.^[45]

- Definir de forma negociada o papel do médico de família no seguimento pós terapêutico, melhorando a coordenação e evitando a duplicação.
- Manter canais eficazes bilaterais de comunicação para informação actualizada sobre o doente, com intercâmbio de dados clínicos e outros.
- Identificar um grupo de médicos de família mais vocacionados para a Oncologia, criando com eles um grupo de referência.
- Desenhar seminários informais para debate interpares.

Como ideia-chave final poder-se-á eleger a seguinte: a repartição dos papéis deve ser clara para todos, sobretudo para o doente. A pedra de toque para que seja cumprido reside na boa coordenação da equipa técnica, o que condiciona a qualidade do seguimento.^[45]

Referências / References

- [1] Wood ML, McWilliam CL. Cancer in Remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Can Fam Physician* 1996; 42:899-910.
- [2] Chait I, Glynn-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *British Journal of General Practice* 1998; 48:1241-1243.
- [3] Reeve U, Baxter K, Newton P et al. Long-term follow-up in outpatient clinics. 1: The view from general practice. *Family Practice* 1997; 14:24-28.
- [4] BlaauwbroekR, ZwartN, BoumaM et al. The willingness of general practitioners to be involved in the follow-up of adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship* 2007 Set; 1(4):292-297. Disponível em: www.springerlink.com/content/tkl63614428777uq/ [acedido em 08/08/2009].
- [5] Di CosimoS, FerrettiG, BattigagliaB, D'AprileM. General practitioners' views on cancer treatment, home care and oncologists: an Italian survey. *The New Zealand Medical Journal* 2003 Jan; 1168 (116). Disponível em: <http://www.nzma.org.nz/journal/116-1168/311/> [acedido em 08/08/2009].
- [6] Worster A, Bass MJ, Wood ML. Willingness to follow breast cancer. Survey of family physicians. *Can Fam Physician* 1996; 42:263-268.
- [7] General Practitioner in Oncology (GPO) Simcoe Muskoka Regional Cancer Program, ROYAL VICTORIA HOSPITAL OF BARRIE. Workopolis, publicitado Jul 24, 2009. Disponível em: www.workopolis.com/EN/job/10917272 [acedido em 08/08/2009].
- [8] DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer Principles & Practice of Oncology*. 8th Ed Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2008
- [9] Perrone MA, Musolino A, Michiara M et al. Early Detection of Recurrences in the Follow-up of Primary Breast Cancer in an Asymptomatic or Symptomatic Phase. *Tumori*, 2004;90: 276-279
- [10] Hoerni B. *Pratique Cancérologique. Le Médecin Généraliste Face aux Cancers*. Ellipses 1989.
- [11] Alto Comissariado da Saúde. *Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama*. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/acs_cancro-mama_low.pdf.
- [12] Duffy MJ. Serum Tumor Markers in Breast Cancer: Are They of Clinical Value? *Clinical Chemistry*. 2006;52:345-351. Disponível em: <http://www.clinchem.org/cgi/content/full/52/3/345>.
- [13] Pivot X, Asmar L, Hortobagyi GN, Theriault R, Pastorini F, Buzdar A. A Retrospective Study of First Indicators of Breast Cancer Recurrence. *Oncology* 2000;58:185-190.
- [14] Hiranamek N. Breast cancer recurrence: follow up after treatment for primary breast cancer. *Postgrad Med J*. 2004 March; 80(941): 172-176.

- [15] Martin M, Khosravi P. Retrospective subset analyses in early breast cancer revisited *The Lancet Oncology* 2009 December; Vol.10(12)
- [16] Oltra A, Santaballa A, Munárriz B, Pastor M, Montalar J. Cost-Benefit Analysis of a Follow-up Program in Patients with Breast Cancer: A Randomized Prospective Study. Disponível em: http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&rlz=1WISKPB_pt-PT&q=prospectives+studies+follow+up+breast+cancer&start=20&sa=N
- [17] Symptom-Oriented Follow-Up of Early Breast Cancer Is not Inferior to Conventional Control. Results of a Prospective Multicentre Study
Bornhak S, Heidemann, H, Herschlein J et al. *Oncological Comprehensive Centre, Stuttgart, Institute for Medical Information Processing, University of Tübingen, Germany. Onkologie* 2007;30:443-449. Disponível em: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?doi=10.1159/000105257>
- [18] Rojas MPMP, Telaro E, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Liberati A, Rosselli MDT. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001768. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001768/frame.html>.
- [19] Dewar J. Follow up do cancro da mama. *BMJ* 1995; vol. IV:573-574.
- [20] Chaigneau L, Pivot X. Follow-up following treatment for primary breast cancer. *Cancer Futures* 2003; vol.2:12-14.
- [21] British Columbia Medical Association. Guidelines and Protocols Advisory Committee. FOLLOW-UP OF PATIENTS AFTER CURATIVE RESECTION OF COLORECTAL CANCER. 2004. Disponível em: www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguide
- [22] Camuñas J, Enriquez JM, Devesa JM, Morales V, Millan I. Value of follow-up in the management of recurrent colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol.* 1991 Oct;17(5):530-5
- [23] Schneider M. Follow-up after resection of colorectal cancer. *Cancer Futures*; vol.2:14-17.
- [24] Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP. *American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology.* Atlanta, American Cancer Society, 1994.
- [25] Gérard JP, Bobin JY, Clavel M. *Cancérologie pour le praticien.* Villeurbanne/Paris, SIMEP SA, 1986.
- [26] Gérard JP, Bobin JY, Clavel M. *Cancérologie pour le praticien.* Villeurbanne/Paris, SIMEP SA, 1986.
- [27] Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ et al. *Harrison' – Principles of Internal Medicine.* New York, 14ª Ed, McGraw-Hill, 1998.
- [28] Lev EL, Paul D, Owen SV. Age, Self-Efficacy, and Change in Patients' Adjustment to Cancer. *Cancer Practice* 1999; 4(7):170-176.
- [29] Kübler-Ross E. *On Death and Dying.* New York, Macmillan Publishing Company, 1969.
- [30] Zebrack BJ. Cancer Survivor Identity and Quality of Life. *Cancer Practice* 2000; 5(8):238-242.
- [31] Calman KC. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. *Journal of Medical Ethics* 1984; 10:124-127.
- [32] Wood ML. Communication Between Cancer Specialists and Family Doctors. *Can Fam Physician* 1993; 39:49-57.
- [33] Pereira S G, Rosenhein D P, Bulhosa M S, Lunardi V, Lunardi F, Wilson D. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev. bras. enferm;*2006 nov-dez 59(6):791-795.
- [34] Phillips C, Gray R, Davis C, Fitch M. Ce que vous devez savoir au sujet des groupes d'entraide pour les femmes atteintes de cancer du sein. *Can Fam Physician* 1996; vol. 42:1455-1457.
- [35] Gallo-Silver L. The Sexual Rehabilitation of Persons with Cancer 2000; 1(8): 10-14.
- [36] Vollbrecht B, Sarquiz M, Zerwes F P, Viegas J F, Arent A, Badalloti M. Fertilidade e sintomas de climatério em pacientes jovens com câncer de mama. 2009 abr/jun. *Scientia Medica, Porto Alegre*, v. 19, n. 2, p. 58-63. Disponível em <http://www.revistasaletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/scientiamedica/.../3912>.
- [37] McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. *Family-Oriented Primary Care. A Manual for Medical Providers.* New York, Springer-Verlag, 1990.
- [38] Dooherty WA, Campbell TL. *Families and Health.* Bekerly Hills, CA, Sage Publications, 1988.
- [39] Harris KA. The Informational Needs of Patients with Cancer and Their Families. *Cancer Practice* 1998; 1(6):39-46.
- [40] Pizer B. Ajude-me, doutor! O meu filho tem cancro. *BMJ* 1999; vol.VIII:612-615.
- [41] Smith TJ, Davidson NE, Schapira DV et al. American Society of Clinical Oncology 1998 Update of Recommended Breast Cancer Surveillance Guidelines. *Journal of Clinical Oncology* 1999; 3(17):1080-1082.
- [42] Lewis RA, Neal RD, Williams RH et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract;*2009 Jul;59(564):234-47. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566990>. [acedido em 12/08/2009].
- [43] UEMO. Consensus Document on Cancer Training for General Practitioners. Copenhaga, 1991 (mimeografia).
- [44] Van der Kam WJ, Branger PJ, van Bommel JH, Meyboom-de Jong B. Communication between physicians and with patients suffering from breast cancer. *Family Practice* 1998; 15:415-419.
- [45] OMS. *Traitement de la Douleur Cancéreuse.* Genève, 1987.